ANALISIS DE REVISTAS

SEMIOLOGIA

METODOS OBJETIVOS PARA DETERMINAR LA VELOCIDAD CIRCULATORIA Y SUS RESULTADOS (FLUORESCENIA Y ACETILENO), (Objetive methods to determine the speed of blood flow and their results (fluorescein and acetylene), K. Lange y L. J. Boyd. "Am. J. Med. Sc.", 1943, *206*, 438.

Los autores determinan la velocidad circulatoria inyectando rápidamente 5 c.c. de una solución de fluoresceína al 5% con 5% de bicarbonato de sodio en la vena antecubital y observando su aparición en los labios mediante una luz especial ultravioleta.

En 212 adultos normales los valores oscilaron entre 15 y 20 segundos. El valor aumentaba con la edad, en la insuficiencia cardíaca congestiva y en el hipotiroidismo, disminuía con el esfuerzo, la anemia, la fiebre y el hipertiroidismo.

El método puede ser utilizado para determinar la velocidad circulatoria a diferentes partes del cuerpo (conjuntivas, labios, recto y pierna).

Los valores fueron proporcionales a los obtenidos con la inhalación de acetileno que permite precisar el tiempo que transcurre hasta que toda la sangre haya pasado al menos una vez a través del circuito pulmonar. Con este método, la velocidad circulatoria en 24 normales era de 2½ a 3½ minutos, en la tirotoxicosis disminuía a 1½ ó 2 minutos y en la insuficiencia cardíaca se elevaba a 6 minutos. — *J. González Videla.*

SITUACION DEL CHOQUE DE LA PUNTA EN LOS AGRANDAMIENTOS DEL VENTRICULO DERECHO Y DEL VENTRICULO IZQUIERDO, N. Krañasky. "Medicina", 1943, *3*, 316.

Se ha practicado el estudio analítico comparativo de la situación del choque de la punta en 25 observaciones de estenosis mitral, como representativa de los agrandamientos del ventrículo derecho, y 25 de insuficiencia aórtica y 25 de hipertensión arterial, como representativas de agrandamientos del ventrículo izquierdo, pudiendo concluir que:

1. En contra de lo que se lee en la mayor parte de los tratados, el choque de la punta se dirige más bien hacia abajo y no (esquemáticamente) hacia afuera, en los agrandamientos del ventrículo derecho; y en los agrandamientos ventriculares izquierdos, también en contra de la concepción clásica, el desplazamiento del choque de al punta se hace hacia afuera y no hacia abajo.

2. Para un mismo grado de agrandamiento cardíaco, la punta tiende a estar más descendida en la estenosis mitral (tomada como entidad representativa de agrandamiento ventricular derecho).

3. Si bien lo admitimos como probable, no podemos en cambio afirmar que el desplazamiento hacia abajo del choque de la punta en el agrandamiento ventricular derecho se acompañe de un menor alejamiento del borde izquierdo; o que en los estados que llevan al agrandamiento ventricular izquierdo, el choque de la punta más elevado corresponda a una mayor separación de la línea media. — *Autor.*

PATOLOGIA

DIAGNOSTICO CLINICO DE LOS ANEURISMAS PARIETALES DEL CORAZON, A. Marques. "Prensa Méd. Argentina", 1943, *30,* 989.

El autor relata y comenta un caso de aneurisma del ventrículo izquierdo, en un hombre de 52 años de edad, habiendo sobrevivido cerca de año y medio y fallecido en estado de asistolia. El infarto de miocardio que precedió al aneurisma cardíaco, se manifestó por una crisis típica y suministró trazados eléctricos característicos. La autopsia confirmó completamente el diagnóstico clínico que estaba basado especialmente en las imágenes radiológicas y en la sintomatología, ésta de particular abundancia. Para orientar los diagnósticos de los A.P.C., el autor cree necesario tener en idéntica cuenta los elementos clínicos, anamnésicos, radiológicos y eléctricos. Recuerda los casos en que el diagnóstico es difícil o imposible de ser hecho en vida (aneurisma del septo, etc.) y aquellas diversas eventualidades en que la sintomatología es abundante y permite resolver con facilidad el problema clínico.

Cree de gran importancia en la génesis de los A.P.C., el esfuerzo físico, representado generalmente por no observarse reposo absoluto y prolongado en los días que siguen a la crisis del infarto. Esto se comprobó bien claramente en el caso que motivó el trabajo (el enfermo tocaba un instrumento de viento e hizo tratamiento en las enfermerías del Hospital). El artículo está ilustrado con radiografías, trazados elétcricos y fotografías de la pieza anatómica y del paciente en posición genupectoral. El presente estudio, realizado sobre un caso diagnosticado en vida y confirmado por la autopsia es, probablemente, el primero en su género publicado en el Brasil. — *Autor.*

PERICARDITIS CRONICA CONSTRICTIVA; ESTUDIO DE LA EVOLUCION DE 37 CASOS, (*Chronic constrictive pericarditis; a follow-up study of 37 cases*), M. B. Harrison y P. D. White. "Ann. Int. Med.", 1942, *17,* 790.

Los 37 casos fueron estudiados en el "Massachusetts General Hospital"; 28 de ellos fueron operados.

La edad de los enfermos variaba entre 10 y 59 años; 25 eran varones y 12 mujeres. En ninguno de los casos se demostró que la fiebre reumática jugara algún papel etiológico; 5 eran tuberculosos y en 29 de los enfermos el origen de la pericarditis era dudoso o desconocido.

Más de la mitad de los casos mostraba agrandamiento cardíaco y el 43 por ciento tenía calcificación del pericardio. El 60 por ciento tenía un ritmo normal; el 40 por ciento tenía fibrilación auricular o aleteo (éste en un caso). La fibrilación auricular se observó especialmente cuando el corazón estaba agrandado y cuando coexistía la calcificación (3 veces más frecuente que sin ésta última).

De los 28 operados, 14 curaron clínicamente, 3 mejoraron mucho, 5 murieron dentro de la primera semana de la operación. Otros murieron en un plazo más largo (al mes, de pancreatitis aguda; al año, de septicemia; a los 2 años de bronconeumonía; a los 7 años de embolia arterial; etc.). — *M. Joselevich.*

ESTENOSIS TRICUSPIDEA: INCIDENCIA Y DIAGNOSTICO, (*Tricuspid stenosis: incidence and diagnostic*), C. F. Garvin. "Arch. Int. Med"., 1943, *72*, 104.

Entre 119 pacientes consecutivos fallecidos a raíz de una cardiopatía reumática y que fueron examinados postmortem, 43 (36.1%) presentaban una lesión de la válvula tricúspide que en 13 (10.9%) llegaba a ser una estrechez definida.

El análisis de los 13 casos no reveló ningún nuevo síntoma o signo de utilidad diagnóstica, pero permitió recalcar la importancia de una insuficiencia tricuspídea orgánica crónica como una indicación de que la estenosis es probable, pues en los siete casos de insuficiencia tricuspídea orgánica incluídos en esta serie había concomitantemente una estenosis de mayor o menor grado. — *J. González Videla.*

ESTRECHEZ MITRAL FUNCIONAL, (*Functional mitral stenosis*), M. Robinow y H. T. Harper. "Ann. Int. Med.", 1942, *17*, 823.

En cuatro personas afectadas de una glomerulonefritis aguda, se comprobó la presencia de un soplo diastólico en las inmediaciones del latido apexiano. Ese soplo desapareció al mejorar la condición de los enfermos, cuando disminuyó la presión arterial y se redujo la dilatación cardíaca.

Los autores atribuyen esos fenómenos auscultatorios transitorios a una estrechez funcional de la mitral, cuyo mecanismo de producción dependería de la dilatación aguda de las cavidades cardíacas situadas en ambas vertientes de la válvula (aurícula y ventrículo izquierdos). Al producirse esa dilatación, el orificio mitral permanecería sin cambios, lo que tendría por consecuencia que resultara relativamente estrecho para las cavidades cardíacas dilatadas. — *M. Joselevich.*

ANGINA DE PECHO EN EL MIXEDEMA, (*Anginal Pain in Myxœdema*), A. A. Fitzgerald Peel. "Brit. Heart J.", 1943, *5*, 89.

La angina de pecho se presenta frecuentemente cuando hay una afección cardíaca independiente y ocasionalmente con un corazón mixedematoso no complicado. En el primer caso la angina puede mejorar, agravarse o permanecer inmodificada con el tratamiento. En muchos pacientes hay una dosis de tiroides óptima, que puede mejorar el síndrome pero más allá de la cual el paciente empeora. Cuando un paciente con mixedema y cardiopatía independiente desarrolla un fuerte dolor precordial durante la terapéutica por tiroidea, debe sospecharse un infarto de miocardio, y la droga debe reducirse al máximo o suprimirse. En la convalescencia si no aumenta el dolor se la puede volver a dar.

Un dolor constante, agravado por el esfuerzo y asociado con ataques de colapso, puede presentarse en casos de mixedema ligero o sub-clínico, conceptuándoselo como *corazones mixedematosos abortivos de Zondek.* Mejora con tiroides, pero si no se le reconoce y trata a tiempo, puede desarrollar angina de pecho de esfuerzo y mixedema clásicos. La angina de pecho de esfuerzo no contraindica la terapéutica tiroidea en el mixedema, sólo obliga a extremar los

cuidados y si una dosis empeoró la situación, dosis menores o la repetición del tratamiento después de un intervalo, pueden ser beneficiosas. — *B. Moia.*

TIROTOXICOSIS COMO CAUSA UNICA DE INSUFICIENCIA CARDIACA, (*Thyrotoxicosis as the sole cause of heart failure*), W. B. Likoff y S. A. Levine. "Am. J. Med. Sc.", 1943, *206*, 425.

De 409 sujetos con tirotoxicosis en los que se practicara una tiroidectomía subtotal, 331 no presentaban otra afección cardíaca. Los 78 restantes comprendían 45 con cardiopatía hipertensiva, 20 con valvulopatías reumáticas, 12 con angor o trombosis coronaria y uno con insuficiencia aórtica luética. El 50% de estos 78 casos presentaba insuficiencia cardíaca congestiva, mientras que la padecían solamente 21 (6.3%) de los 331 casos sin otra forma adicional de cardiopatía. Estos 21 casos prueban indiscutiblemente que la tirotoxicosis puede ocasionar insuficiencia cardíaca, aún cuando la presión arterial, las arterias coronarias y las válvulas sean normales, hecho de extraordinaria importancia si se tiene en cuenta que en ese caso la cardiopatía es curable o reversible.

La incidencia de insuficiencia cardíaca congestiva era mayor en el sexo femenino, en los sujetos de avanzada edad, cuando el estado tirotóxico databa de tiempo atrás y cuando existía fibrilación auricular.

Se recalca la gran similitud de síntomas y signos en la estenosis mitral y en la tirotoxicosis que puede llevar a diagnósticos erróneos, pues hasta la dilatación de aurícula izquierda es encontrada en la última condición.

Por último, se señala que en los 99 casos con compromiso cardíaco no hubo mortalidad quirúrgica al practicarse la tiroidectomía subtotal. — *J. González Videla.*

ELECTROCARDIOGRAFIA

LOS EFECTOS DEL POTASIO SOBRE LA INVERSION DE LA ONDA T EN LOS INFARTOS DE MIOCARDIO Y LA PREPONDERANCIA VENTRICULAR, (*Potassium Effects en the T Wawe Inversión in Myocardial Infarction and Preponderance of a Ventricle*), E. P. Sharpey-Schafer. "Brit. Heart J.", 1943, *5*, 80.

Se administró 15-20 gs. de una mezcla de cloruro de potasio y citrato de potasio (áá) en 250 c.c. de agua, por boca o sonda gástrica, obteniendo los E.C.G. 1-1 y ½ y 2- 2 y ½ horas después. En los infartos de miocardio acentuó la inversión de T, en la sobrecarga tornó positiva la T invertida. Se sugiere que en la sobrecarga, no se trata de una real inversión de T sino de modificaciones del segmento S-T. — *B. Moia.*

EFECTOS DEL POTASIO SOBRE EL ELECTROCARDIOGRAMA DE LA INSUFICIENCIA TIROIDEA, (*Potassium Effects on the Electrocardiogram of Thyroid Deficiency*). E. P. Sharpey-Schaffer. Brit. Heart J.", 1943, *5*, 85.

Con un procedimiento similar se observó que en los casos de insuficiencia tiroidea con T aplanada o invertida, el potasio la endereza y aumenta su voltaje, como sucede en la sobrecarga ventricular. Aunque todavía no se han investigado los efectos del potasio en derrames pericárdicos, esta acción en el mixedema no parece obedecer a modificaciones de esa índole. — *B. Moia.*

PARO CARDIACO POR LA ACCION DEL POTASIO, (Çardiac arrest by the action of potassium), C. A. Finch y J. F. Marchand. "Am. J. Med. Sc.", 1943, *206*, 507.

Relatan dos casos mortales por intoxicación con potasio en los que el diagnóstico se hizo por comparación de los hallazgos con los descriptos en la intoxicación experimental.

En cada uno de los casos existió: uremia aguda con oliguria, episodios de bradicardia sin síntomas de insuficiencia cardíaca o cambios tensionales, cuadriplejia flácida súbitamente ascendente, alteraciones electrocardiográficas incluyendo ondas T elevadas, ausencia de onda P, bloqueo intraventricular e irregularidades terminales del ritmo y paro del corazón en diástole previo a la detención de la respiración. — *J. González Videla.*

CRITERIO ELECTROCARDIOGRAFICO DE HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA. FACTORES QUE DETERMINAN LA EVOLUCION DE LOS CUADROS ELECTROCARDIOGRAFICOS EN LA HIPERTROFIA Y EN EL BLOQUEO DE RAMA, (Electrocardiographic criteria of left ventricular hypertrophy. Factors determining the evolution of the electrocardiographic patterns in hypertrophy and bundle branch block), R. Gubner y H. E. Ungerleider. "Arch. Int. Med.", 1943, *72*, 196.

El material para este estudio comprendió tres grupos de sujetos: 1) 400 sujetos con desviación a la izquierda cuya presión arterial era siempre inferior a 140 mm. de Mx. y 90 mm. de Mn. y en los cuales no existía afección cardíaca, 2) 380 hipertensos con desviación a la izquierda y presión arterial siempre por encima de 140 mm. de Mx. y 90 mm. de Mn., y 3) 100 sujetos con marcada cardiopatía hipertensiva y desviación a la izquierda, en los cuales puede presumirse una hipertrofia ventricular izquierda.

Cuando la suma de R_1 y S_3 excedía 2.5 milivoltios la hipertrofia existía casi con seguridad y cuando la suma excedía 2.2 la hipertrofia era probable.

El aumento del voltaje del QRS fué conservado como uno de los cambios precoces de la hipertrofia ventricular izquierda, no así los cambios del segmento ST y de la onda T que aparecían más tardíamente.

La depresión del segmento ST en I, aún cuando importe sólo 0.5 mm., debe ser considerada como sugestiva de hipertrofia ventricular izquierda, puesto que no se la observó en ninguno de los sujetos normales.

El aplanamiento de la onda T_1 por debajo de 1 mm. o mayores grados de anomalidad son también característicos.

En el grupo de 100 sujetos con avanzada cardiopatía hipertensiva, la com-

paración de los hallazgos electrocardiográficos y radiológicos demostró que el e.c.g. es de gran valor para descubrir la hipertrofia ventricular izquierda, poseyendo mayor sensibilidad que el examen radiológico.

La desviación a la izquierda no parece ser una parte esencial del cuadro electrocardiográfico de hipertrofia ventricular izquierda, pues a menudo es expresión de un corazón horizontalizado.

El alto voltaje del QRS es significativo de hipertrofia ventricular izquierda sólo en presencia de una desviación hacia la izquierda.

Las alteraciones del segmento ST y de la onda T parecen ser debidas a una isquemia relativa de las capas más profundas del ventrículo izquierdo, ocasionada por el aumento del trabajo cardíaco sin aumento paralelo del aporte coronario. — *J. González Videla.*

ESTUDIO ELECTROCARDIOGRAFICO DE 30 HERIDAS DEL CORAZON Y DEL PERICARDIO, L. Hervé y A. Forero Saravia. "Medicina", 1943, *3*, 387.

Se estudian 27 casos de herida del corazón y 3 casos de herida del pericardio sin compromiso cardíaco, desde el punto de vista clínico, anátomopatológico y electrocardiográfico, con el objeto de interpretar las anomalías que presentan los electrocardiogramas. Durante los primeros 15 días que siguen a la intervención quirúrgica, las heridas del corazón y del pericardio presentan alteraciones electrocardiográficas iguales a las descriptas en las pericarditis agudas, y se deben al hemopericardio o a la pericarditis que existe siempre en estos casos. Cuando ha pasado el proceso inflamatorio del pericardio, aparecen signos que pueden interpretarse como dependientes de la lesión miocárdica: inversiones de T_1, T_2 y T_4, en las heridas del ventrículo izquierdo, e inversiones de T_2, T_3, y a veces T_4, en las heridas del ventrículo derecho. La localización precoz de las heridas cardíacas sólo es posible cuando no hay compromiso pericardíaco o cuando se han producido lesiones del haz de His (bloqueos intraventriculares), lo cual es raro. Las heridas del ventrículo izquierdo provocan signos de localización con mayor frecuencia y en forma más acentuada y duradera que las heridas del ventrículo derecho. Las heridas auriculares originan frecuentemente anomalías pasajeras de la onda P, las cuales acompañan a los signos de pericarditis en el complejo ventricular. La poca seguridad que existe para localizar exactamente la lesión miocárdica durante el acto operatorio puede ser causa de discrepancia entre los datos clínicos y las anomalías electrocardiográficas. El electrocardiograma no tiene valor pronóstico en las heridas del corazón y del pericardio. — *Autor.*

LA DERIVACION PRECORDIAL CR_7 EN EL INFARTO CARDIACO, (*Chest Lead CR_7 in Cardiac Infarction*), W. Evans y A. Hunter. "Brit. Heart J.", 1943, *5*, 73.

En esta nueva derivación el electrodo explorador se coloca en la línea axilar posterior a nivel del ángulo inferior de la escápula. En los normales aun con TIII negativa, la T en esta derivación fué siempre positiva. En 32 casos de

infartos posteriores con TIII invertida y TII invertida en 30 y plana en 2, la T en CR_7, fué normal sólo en un caso de infarto con 2 años de evolución, pero sólo en 7 los cambios fueron mayores en esta derivación que en DII. En 12 casos de infarto anterior con TI y TIVR invertidas, la T en esta derivación apareció invertida en 9 casos. En la hipertensión arterial si TI es negativa y T_7 positiva, no hay infarto; si T en CR_4 es negativa y de mayor voltaje que la T invertida de CR_7, lo probable es un infarto; si en cambio la inversión predomina en CR_7, lo probable es que sea exclusivamente por hipertensión.

En la estenosis e insuficiencia aórtica, los resultados son similares a los de la hipertensión crónica. En casos de cardiopatía congénita o enfisema con TII y TIII negativa, la T_7 fué positiva. En las pericarditis cuando TII y TIII fué negativa la T_7 apareció positiva cuando la TI era positiva, y negativa cuando la TI era negativa. Se destaca finalmente la utilidad de esta derivación que fué ideada pensando que podría suministrar mayores datos en los infartos posteriores. — *B. Moia.*

EL ELECTROCARDIOGRAMA EN LA TORACOPLASTIA, A. Delle Vedove y J. C. Barberis. "Rev. Méd. de Rosario", 1942, *32,* 1096.

De los 17 electrocardiogramas que correspondieron a 17 tiempos de toracoplastías en 8 pacientes, 14 fueron derechas y 3 izquierdas; en ningún caso hubo desviación del eje eléctrico. De los 14 electrocardiogramas por toracoplastía derecha, la onda T en II D, se hizo isoeléctrica en 3 y se negativizó en 3. En III D, la onda T se hizo isoeléctrica en 2 y se negativizó en 7; en todos los casos previos a la operación el complejo T era positivo; hubo un aumento de la negatividad en 3, que existía previamente. En dos trazados el complejo P en III D, de positivo se vuelve negativo. Hubo un caso de flutter auricular aparecido a los dos días que curó en dos días sin tratamiento.

De los 3 electrocardiogramas por toracoplastía izquierda, la onda T en II D, disminuyó de voltaje en 2 y se hizo isoeléctrica en uno formando el segmento S-T una línea ascendente recta. En IIID, en 3 casos, se apreció un ligero aumento de la negatividad de T que existía previamente. — *Autores.*

BLOQUEO CARDIACO CONGENITO. UN ESTUDIO DE DOS CASOS EN ADULTOS SANOS, (*Congenital heart block. A study of two cases in healthy adults*), Th. C. Jaleski y E. T. Morrison. "Am. J. Med. Sc.", 1943, *206,* 449.

Relatan dos casos de bloqueo a-v total congénito y probable defecto septal interventricular. En un caso no existió nunca sintomatología, en el otro existen ocasionalmente ataques sincopales, pero la paciente ha tenido dos embarazos normales sin trastorno cardíaco alguno. — *J. González Videla.*

ANGINA DE PECHO Y CORONARIAS

ANGINA DE PECHO SIFILITICA, (*Syphilitic Angina Pectoris*), E. Jones y E. Bedford. "Brit. Heart J.", 1943, *5,* 107.

Se describen 103 pacientes sifilíticos (adquiridos), con manifestaciones

anginosas. 80 hombres y 23 mujeres (3.5 : 1). El período medio desde la infección hasta la aparición de los síntomas: 24 años; Wasserman positiva en 96. Incidencia máxima entre 40-50 años. 67 presentaron insuficiencia aórtica clínica; 59 dilatación aórtica; 83 agrandamiento cardíaco (aún moderado); 26 hipertensión arterial. En 57 de los 94 casos examinados el E.C.G. fué anormal.

76 presentaron angina de pecho de esfuerzo, demorando a veces el dolor algún tiempo en atenuarse después de detenerse el sujeto; 64 tenían dolores aparte del esfuerzo. Los ataques nocturnos fueron comunes aun en ausencia de disnea paroxismal; eran prolongados pero mejorados por los nitritos. En 13 se presentaron ataques anginosos paradisneicos (dolor y disnea simultáneos), en 9 estado anginoso *sifilítico* y *en* 10 *trombosis* coronaria, *no sifilítica*.

En 12 casos se hizo necropsia, que demostró estenosis coronaria en 10 e insuficiencia aórtica en todos. "Los hallazgos patológicos esenciales en la angina de pecho sifilítica son, por lo tanto, insuficiencia aórtica y obstrucción de los ostias coronarios, o ambos conjuntamente, combinados con aortitis. El ateroma coronario puede asociarse a la aortitis sifilítica, aunque raramente es severo cuando hay obstrucción ostial". No hay evidencias patológicas de que la aortitis sifilítica no complicada pueda originar angina de pecho.

Ni la porlongación del dolor después de cesado el ejercicio ni los ataques nocturnos, son característica de la angina de pecho sifilítica. Los ataques se deben a la isquemia miocárdica difusa, y no a la dilatación aórtica. Sin embargo, los ataques nocturnos pueden ser favorecidos por la elevación diafragmática que facilitaría la aparición de un dolor por presión de una aorta notablemente dilatada.

De los 103 casos murieron 37, 21 se perdieron de vista y 45 viven. El término medio de sobrevida fué 3.9 años. 25 sobrevivieron más de 5 años y 5 más de 10 años. Como se vé, en estos casos el pronóstico no es tan grave como en las estadísticas de otros autores. — *B. Moia.*

EL TAMAÑO CARDIACO Y LOS HALLAZGOS PULMONARES DURANTE LA TROMBOSIS CORONARIA AGUDA, (*The heart size and pulmonary findings during acute coronary thrombosis*), E. Masie y W. C. Miller. "Am. J. MMed. Sc.", 1943, *206*, 353.

En 16 pacientes portadores de un infarto agudo de miocardio obtienen una teleradiografía entre las 12 y 60 horas del accidente oclusivo, repitiéndola a los 3, 5, 12, 28, 90 y 180 días. Cada placa radiográfica fué obtenida con el paciente en posición sentada y respirando superficialmente. Establecióse en cada caso la relación cardiotorácica, decidiéndose no valorar los cambios inferiores a 1 cm. en el diámetro transverso del corazón por considerarlos incluídos dentro del límite del error.

En 8 pacientes el corazón estaba inicialmente agrandado, en 5 dentro de límites máximos normales y en 3 era decididamente de tamaño normal.

Doce pacientes mostraron un suave obscurecimiento en la región hiliar y en una o ambas bases pulmonares. La congestión pulmonar llegó a su grado máximo en la primera semana y tendió a disminuir o a desaparecer en la segunda semana.

El estudio comparativo de la serie de radiografías obtenidas en cada caso no demostró ninguna alteración significativa en el tamaño o forma de la silueta cardíaca. En cuatro pacientes se comprobó solamente en una placa diámetros cardíacos ligeramente aumentados en relación a los otros de su respectiva serie. Pero en otros cuatro casos el diámetro sufría una ligera reducción. — *J. González Videla.*

UN CASO DE INFARTO DE MIOCARDIO ENMASCARADO POR BLOQUEO DE RAMA PERO REVELADO POR EXTRASISTOLES VENTRICULARES OCASIONALES, (A case of myocardial infarction masked by bundle branch block but revealed by occasional premature ventricular beats), W. Dressler. "Am. J. Med. Sc.", 1943, *206*, 361.

Relata el caso de un paciente que hace súbitamente el cuadro clínico de una trombosis coronaria y cuyo e.c.g. revela un bloqueo de rama izquierda pero ninguna alteración que sugiriera un infarto de miocardio. Un nuevo trazado registrado a los pocos días muestra en la III derivación dos complejos anticipados, aparentemente de origen ventricular, no precedidos de onda P y seguidos de pausa compensadora. Su configuración era absolutamente distinta a la de los complejos de origen sinusal, pero no habitual para extrasítoles de origen ventricular: ancha y profunda onda Q, onda R del mismo tamaño, segmento ST elevado y onda T negativa y aguda. Sobre la base de estos cambios se hizo diagnóstico de infarto de cara posterior de ventrículo izquierdo, corroborado ulteriormente en la necropsia.

Se sugiere que los extrasístoles ventriculares se originaron en un foco situado de tal modo que la onda de excitación ha podido activar los dos ventrículos en una secuencia aproximadamente normal. Ello explica que su configuración recuerde la de los complejos normales, modificados en este caso por la presencia de un infarto de miocardio de cara posterior. — *J. González Videla.*

PRESION ARTERIAL Y VASOS

AFECCION VASCULAR SIGUIENDO A LA TOXEMIA DEL EMBARAZO (PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA). OBSERVACIONES SOBRE SU CURSO CLINICO, (Vascular disease following toxemia of pregnancy (preeclampsia and eclampsiaQ. Observations on its clinical course), A. Golden, L. Dexter y S. Weiss. "Arch. Int. Med.", 1943, *72*, 301.

Analizan una serie de casos en los cuales la toxemia gravídica implantóse sobre un sistema cardiovascular renal normal.

El factor primordial determinante de la persistencia de la hipertensión postpartum es la duración de la hipertensión o de la albuminuria durante el embarazo por suaves que hayan sido. De importancia decididamente secundaria es la severidad de la toxemia.

La hipertensión y la albuminuria en algunos casos pueden persistir durante meses después del parto.

En las personas en las que se desarrolla una afección vascular permanente después de una toxicosis gravídica, el curso es progresivo y crónico.

La albuminuria puede ser la única indicación de la imperfección renal residual permanente y puede persistir durante años sin acompañarse de hipertensión.

El sedimento urinario puede contener algunos cilíndros hialinos y granulosos y hematíes como en la glomérulonefritis crónica.

Una vez establecida la afección vascular hipertensiva post-toxémica recuerda estrechamente la de otros tipos de hipertensión vascular.

La nefroesclerosis es el hallazgo necrópsico característico.

La importancia de reconocer este grupo de pacientes con hipertensión post-toxémica descansa en su prevención. Los efectos vasculares tardíos de la toxemia pueden ser impedidos interrumpiendo el embarazo antes que la hipertensión y la albuminuria hayan durado más de tres semanas. — *J. González Videla.*

RELACIONES ENTRE HIPERTENSINA Y PEPSITENSINA, E. Braum Menéndez, J. C. Fasciolo, L. F. Leloir, J. M. Muñoz y A. C. Taquini. "Rev. Soc. Arg. de Biología", 1943, *19*, 304.

El hipertensinógeno, después de generar hipertensina por acción de la renina, no genera pepsitensina si se lo trata con pepsina. La hipertensinasa de glóbulos rojos de perro, que destruye rápidamente la hipertensina, no destruye la pepsitensina. La hipertensina y la pepsitensina tienen aparentemente un origen común, pero son dos substancias diferentes. — *Autores.*

METODO DE MEDICION DE LA RENINA HUMANA, J. M. Muñoz, A. C. Taquini, E. Braun Menéndez, J. C. Fasciolo y L. F. Leloir. "Rev. Soc. Arg. de Biología", 1943, *19*, 321.

Se ha estudiado un método para la medición de la renina humana. En él se aprovecha la propiedad de la renina humana de transformar el hipertensinógeno bovino y aquella de la renina de cerdo de actuar sobre el hipertensinógeno bovino, pero no sobre el humano. De este modo la cantidad de hipertensinógeno bovino transformada por la renina humana después de incubados juntos, se estima agregando un exceso de renina de cerdo. Pueden reconocerse hasta 0.1 unidades de renina en 10 c.c. de suero en forma semicuantitativa. — *Autores.*

ANEURISMA SACULAR DE LA AORTA ABDOMINAL. RELATO DE UN CASO CON ANURIA TERMINAL Y RUPTURA EN EL DUODENO, (*Saccular aneurysm of the abdominal aorta. Report of a case with terminal anuria and rupture into the duodenum*), E. S. Howland y B. E. Sprofkin. "Am. J. Med. Sc.", 1943, *206*, 363.

Relatan un caso de aneurisma sacular de la aorta abdominal, aparentemente de origen arterioescleroso, en el que hubo un episodio terminal de anuria de tres días de duración y ruptura del aneurisma en el duodeno.

Pasan además revista a la literatura reciente sobre aneurisma sacular de la aorta abdominal (520 casos), insistiendo especialmente en los casos con

ruptura en intestino y con síntomas aparentes de afección urológica. — *J. González Videla.*

ANEURISMA SIFILITICO DE LA ARTERIA CELIACA, (Syphilitic aneurysm of celiac artery), Th. Laipply. "Am. J. Med. Sc.", 1943, *206*, 453.

Comenta un caso de aneurisma sacular sifilítico de la arteria celíaca cuyos síntomas y signos simularon los de una colecistitis aguda. El saco aneurismático concluyó por abrirse en el conducto pancreático ocasionando una hemorragia en el tractus gastrointestinal por vía de la ampolla de Vater. — *J. González Videla.*

LAS REACCIONES SEROLOGICAS EN LA SIFILIS CARDIOVASCULAR, (The Serologic Reactions in Cardiovascular Syphilis), W. Beckh. "Am. Heart J.", 1943, *25*, 307.

De 100 casos con sífilis cardiovascular autopsiados, en 49 con insuficiencia aórtica o aneurisma, la Wassermann o Kahn fué positiva en 43 (88%). De los 51 con aortitis simple, nunca diagnosticada en vida, fué positiva en el 86%. — *B. Moia.*

TERAPEUTICA

LOS DIURETICOS MERCURIALES, V. S. Terán, "Rev. Méd. de Rosario", 1942, *32*, 1075.

Sobre treinta pacientes con insuficiencia cardiocongestiva, en los que se practicaron en total 76 inyecciones de diurético mercurial por vía venosa y 176 intramusculares, se extrajeron los promedios de la diuresis de veinticuatro horas para los diversos preparados utilizados; asimismo se hizo en lo que respecta a la administración rectal.

Se recalca el hecho de que no obstante haber sido empleado mucho más frecuentemente la aplicación intramuscular del diurético, ésta no originó reacciones de consideración, mientras la introducción venosa acarreó manifestaciones de tipo shock en tres circunstancias. Se estima que el primer método es prácticamente de igual eficacia que el segundo y expone mucho menos a contingencias desagradables.

Ocho substancias fueron administradas para exaltar el poder diurético de los mercuriales, comprobándose que el cloruro de amonio fué la más eficaz: el modo de empleo más apropiado ha sido a la dosis de dos gramos dados unas horas antes de aquéllos. Diversos digitálicos como así también productos derivados de la adelfa, que fueron prescriptos no influyeron definitivamente sobre la respuesta diurética.

La administración intramuscular se considera de elección, y la dosis óptima la de 2 c.c. Dosis mayores carecen de ventajas prácticas; en caso neecsario se estima más conveniente reducir los intervalos libres que aumentar la dosis.

No se advirtieron modificaciones persistentes y significativas de la uremia en el curso del tratamiento; en tres pacientes, que habían recibido más de dos-

cientas inyecciones, no se comprobaron manifestaciones clínicas de lesión renal.

En la insuficiencia cardio-congestiva el diurético mercurial será administrado como tratamiento inicial; esto permitirá aliviar la congestión visceral y facilitar la acción de la consecutiva medicación cardiotónica. — *Autor.*

STANDARDIZACION BIOLOGICA DE LA DIGITAL COLOMBIANA K. Coloman Mezey. "Arch. Urug. Med., Cir. y Especialidades", 1943, *23*, 213.

Es por la primera vez que se ha hecho la titulación biológica de la Digital colombiana. En un material de 89 gatos se ha establecido el valor biológico de la Digitalis purpúrea y de la Digitalis lanata de Bogotá y se ha hecho la comparación con preparaciones digitálicas extranjeras y con una preparación standard. La Digitalis purpúrea de Bogotá tiene un valor biológico igual al del Standard Internacional de 1928 —es decir, la dosis mínima letal en gatos es de 0.1 gramos de polvo de la hoja por kg. gato. El valor biológico de la Digitalis purpúrea de Bogotá es el mismo en las diferentes épocas del año. La Digitalis lanata de Bogotá tiene una dosis mínima letal de 0.1 gramo de polvo de la hoja por kg. gato.

Bajo las mismas condiciones de la extracción y de la experimentación, tiene el polvo Digitalis purpúrea "L" de USA una dosis mínima letal de 0.128 y de 0.110 gramos de polvo de la hoja por kg. gato. Bajo las mismas condiciones de experimentación tiene la preparación digitálica inyectable "DiRo" de Europa, una dosis letal de 0.118 gramo de hoja por kg. gato. Bajo las mismas condiciones de extracción y de experimentación, la "Digitalis Reference Stander U.S.P. 1942" nos da una dosis mínima letal de 0.153 gramo de polvo de la hoja y de 0.519 gramo de polvo de la hoja por kg. gato. Es por la primera vez que se hace una titulación biológica de la Digital en alturas grandes comparando los valores obtenidos con la misma preparación digitálica en la tierra baja. La dosis mínima letal de Digitalis purpúrea en gatos es de 14% menor en la altura de Bogotá (2640 metros sobre el nivel del mar) que en Girardot (326 metros sobre el nivel del mar). Se explica esta diferencia por el posible aumento de la sensibilidad digitálica por la altura. — *Autor.*

OBSERVACIONES TERAPEUTICAS EN EL SINDROME DE CUSHING: EFECTO DE VARIOS AGENTES SOBRE LA EXCRECION DE CALCIO, FOSFORO Y NITROGENO EN UN PACIENTE CON BASOFILISMO PITUITARIO, (*Therapeutic observations in Cushing's syndrome: effect of various agents on calcium, phosphorus and nitrogen excretion in a patient with pituitary basophilism*), W. H. Perloff, E. Rose y F. W. Sunderman. "Arch. Int. Med., 1943, *72*, 494.

· una mujer de 20 años, portadora de un basofilismo pituitario con ·lteraciones esqueléticas, estudian la concentración de calcio, fósforo, ··tasa en el suero, la tolerancia a la dextrosa y la excreción de ·rógeno antes y depués del uso de varios agentes terapéuticos contenido en calcio. Los agentes terapéuticos utilizados

incluyeron estrógeno, propionato de testosterón, vitamina D_2 y gluconato y lactato de calcio en variadas combinaciones.

Después de un tratamiento por espacio de 123 días a base de gluconato de calcio, vitamina D_2 y testosterona, ocurrió un neto aumento en la fuerza muscular, disminución del dolor en dorso, mejoría en la diabetes con mayor tolerancia a la dextrosa y ligera recalcificación de la columna. Otras modificaciones netas consistieron en pérdida de calcio cuando su aporte era escaso, aptitud para retener el calcio administrado por vía endovenosa, retención de calcio y mayor retención de fósforo siguiendo a grandes dosis de vitamina D_2, retención de nitrógeno durante la administración de testosterona y balance negativo del calcio, aumento en el fósforo fecal y retención de nitrógeno después del tratamiento con dietilestilbestrol. — *J. González Videla.*

..osis óptima
..so neecsario se
..entar la dosis.
..ificativas de la uremia
..abían recibido más de dos-